Ein Beitrag

zur

Kenntniss von Parotistumoren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie u. Geburtshilfe

der hohen medicinischen Facultät

der k. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Bollinger

vorgelegt von

Gerhard Buss

approb. Arzt aus Aurich.

MÜNCHEN

Jos. Ant. Finsterlin

1885.

Ein Beitrag

zur

Kenntniss von Parotistumoren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie u. Geburtshilfe

der hohen medicinischen Facultät

der k. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Bollinger

vorgelegt von

Gerhard Buss

approb. Arzt aus Aurich.

MÜNCHEN

Jos. Ant. Finsterlin

1885.

Separatabdruck aus dem Aerztlichen Intelligenz-Blatt.

Akademische Buchdruckerei von F. Straub in München.

Der Güte des Herrn Prof. Dr. Helferich verdanke ich die Krankengeschichten und mikroskopischen Präparate von acht Parotistumoren, von denen sieben poliklinisch und einer privatim behandelt wurden. Da die Tumoren der Parotis nicht allzuhäufig vorkommen [1]) und in mancher Beziehung eigenthümliche Erscheinungen bieten, so dürfte die Veröffentlichung der Fälle von einigem Interesse sein.

Bei den statistischen Bemerkungen finden noch sechs Fälle von Parotistumoren Verwendung, die Herr Prof. Dr. Bollinger zu untersuchen Gelegenheit hatte und so liebenswürdig war, mir zu überlassen.

I. Fall. Nr. 1261 Jahrgang 1880.

Sarcom der Parotis [2]) mit partiell adenoidem Charakter.

Leigh Marie, 50 Jahre alt, trat am 24. April 1880 in die hiesige Poliklinik mit dem Bemerken, dass sie seit unge-

1) Nach Billroth's statistischer Zusammenstellung kommen auf 2058 Tumoren 40 Neubildungen der Speicheldrüsen überhaupt, wobei zu bemerken ist, dass Tumoren der Gl. submaxillar. u. sublingual. wegen ihres sehr seltenen Vorkommens kaum in Rechnung zu bringen sind.

2) Wenn hier und in Folgendem des kurzen Ausdrucks halber von Parotistumoren die Rede ist, so soll damit keineswegs behauptet werden, dass die Tumoren wirklich von der Parotis ausgegangen sind; sondern es handelt sich um Neubildungen, welche ihren Sitz unter der Fascia. parot. masset. hatten und deshalb füglich Tumoren der Reg. parot. genannt werden sollten. Wie schwierig es ist, sich über

fähr 5 Jahren einen kleinen Knoten am linken Unterkieferwinkel verspüre. Derselbe habe ihr zwar keine besonderen Schmerzen bereitet, sei aber seit 3 Jahren ziemlich stark gewachsen.

Die objective Untersuchung ergibt in der linken Parotisgegend einen fast faustgrossen Tumor von normaler Haut bedeckt. Derselbe ist frei beweglich und hat weder Beziehung zum Knochen noch zur Wangenschleimhaut; auf Druck nicht schmerzhaft.

Am 27. IV. 80 wurde Patientin in Chloroformnarcose unter antiseptischen Cautelen (Spray, Listerverband) operirt. Durch einen Horizontalschnitt wurde die Geschwulst freigelegt und auch die anscheinend normalen Theile der Parotis mitentfernt. Nach Einführung eines Drainrohres am Kieferwinkel Vereinigung der Wundränder durch Seidennähte.

1. V. 80. Verbandwechsel; Wunde reactionslos.

3. V. 80. Entfernung sämmtlicher Nähte und des Drainrohres. Im Drain wenig speichelähnliches Secret.

8. V. 80. Auf Druck fliesst speichelähnliches Secret in minimaler Menge aus dem Draincanal.

16. V. 80. Geheilt entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Bindegewebsscheidewände der Drüsenbläschen sind stellenweise von geringer Stärke; in den neugebildeten,

---

den Ursprung der Parotisgeschwülste genaue Rechenschaft zu geben, schildert Kaufmann mit folgenden Worten: „Die Frage nach dem Ursprunge der Parotistumoren ist eine der wichtigsten, zugleich aber auch eine der schwierigsten. Beim Durchsehen der Literatur wird man schon wenig befriedigt über die Bezeichnung; die Ausdrücke Parotistumor und Tumor der Parotisgegend werden gemeinhin gebraucht und zwar in fast willkürlicher Abwechslung. Ferner leitet der eine Autor seinen Tumor von der oberflächlichen Fascie, ein anderer von der tiefen, ein dritter von den Lymphdrüsen und ein vierter endlich von den Interstitien des Drüsenkörpers her, und dabei handelt es sich um ganz analoge Neubildungen.“ An einer anderen Stelle drückt Kaufmann sich aus, wie folgt: „Nach meinen Präparaten und nach Durchsicht der Literatur muss ich gestehen, dass ich Bestimmtes über die Herkunft der sogenannten Parotissarcome anzugeben nicht im Stande bin, und dass ich deswegen der Bezeichnung Sarcome der Parotisgegend den Vorzug gebe“.

vermehrten Alveolen finden sich cubische Zellen, die zum Theil ausgefallen sind. An anderen Stellen der Neubildung, wo die an ein drüsiges Organ erinnernde Gewebsstructur mehr zurücktritt, gewahrt man eine massenhafte Infiltration von kleinen, rundlichen und spindelförmigen Zellen.

II. Fall. Hauptkrankenbuch Nr. 3135. Jahrgang 1880.

Chondrom der Parotis.

Obermüller Joseph, 52 Jahre alt, gab an, dass er vor ungefähr 18 Jahren in der Gegend des rechten Oberkiefers eine glatte, harte Geschwulst in der Grösse eines 10 Pfennig-Stückes bemerkt habe. Sie sei von normaler Haut bedeckt gewesen und habe ihm nie Schmerzen bereitet. Patient vergleicht sie am besten mit einem Knopf, der innen verschieblich gewesen sei und habe sich gleich unter der Haut befunden. Unter fortwährendem Gebrauch von Jodtinctur habe die Geschwulst im Verlaufe von 5 Jahren die Grösse eines Hühnereies erreicht.

Am 3. X. 80. Eintritt in die hiesige Poliklinik.

Die Geschwulst ist von der Grösse eines Kindskopfes; Sitz am Unterkieferwinkel und im Trigonum submaxillare. Sie ist beweglich, auf der äusseren Fläche von bläulicher Farbe. Die Haut darüber ist glänzend, zart, leicht in Falten verschiebbar. Die Consistenz im Allgemeinen Knorpelhärte, an einigen Stellen fluctuirend. Die Geschwulst zeigt lappigen Bau; nirgends mit dem Knochen verwachsen.

Operation am 4 X. 80 in Chloroformnarcose.

Hautschnitt dem längsten Durchschnitt der Geschwulst entsprechend unter möglichster Schonung der Facialisfasern. Nach Freilegung der Geschwulst lässt sich die Basis mit der Hand herausschieben. Entfernung einer Partie dünner, überflüssiger Haut mit der Scheere. Einführung eines Drainrohrs. Vereinigung der Wundränder durch Seidennähte.

7. X. 80. Verbandwechsel; Wunde reactionslos.

11. X. 80. Verbandwechsel; Entfernung der Nähte; Kürzung des Drainrohrs.

15. X. 80. Drainrohr fällt beim Verbandwechsel heraus.

20. X. 80. Patient geheilt entlassen.

Das mikroskopische Bild zeigt eine mehr oder weniger feinfaserige Grundsubstanz, in welcher stärkere Faser-

züge vielleicht als Umrisse grösserer und kleinerer Abtheilungen oder Alveolen auftreten. In dieser Grundsubstanz finden sich deutlich erkennbare Knorpelzellen, welche bald nackt, bald in Gruppen innerhalb von Mutterkapseln eingelagert sind.

III. Fall. Hauptkrankenbuch Nr. 1851. Jahrgang 1881.

Rundzellensarcom der Parotis.

Moos Bernhard, 15 Jahre alt, bemerkt seit zwei Jahren eine Geschwulst in der linken Parotisgegend. Dieselbe war nie schmerzhaft und hat sich ganz allmählig zu der jetzigen Grösse entwickelt. Auf der linken Gesichtsseite eine fast hühnereigrosse Geschwulst von fester Consistenz. Haut darüber verschieblich. Gestalt oval; längster Durchmesser von oben nach unten. Operation am 29. IV. 1881. Narcose; Hautschnitt der längsten Achse der Geschwulst entsprechend. Darauf wird vorsichtig weiter in die Tiefe präparirt und bis zur Oberfläche der Geschwulst vorgedrungen; wegen ziemlich grossen Umfanges der Geschwulst senkrechter Schnitt auf den ersten. Entfernung der Geschwulst ohne Messer. Nach Stillung der Blutung (drei Ligaturen) und Vereinigung der Wundränder Listerverband 2. V. 81. Verbandwechsel. Keine entzündliche Reaction. 7. V. 81. Alle Nähte entfernt. Borsalbe auf die völlig verklebte Wunde. 12. V. 81. Geheilt entlassen.

Das Mikroskop zeigt das Bindegewebe, welches die Alveolen in ziemlich ausgesprochen runder Form umgibt, reichlich entwickelt. Massenhafte kleine Rundzellen mit deutlichem Kern sind herdförmig dem Stroma der Drüse entsprechend eingelagert; ebenso zeigt das Alveolarinnere stellenweise Infiltration mit kleinen Rundzellen.

IV. Fall. Hauptkrankenbuch Nr. 2590. Jahrgang 1883.

Myxo-sarcom der Parotis.

Krittian Therese, 29 Jahre alt, kam am 30. V. 83 in die Poliklinik und gab an, dass sie vor 4 Wochen in der Regio praeauricularis einen kleinen, etwa erbsengrossen Knollen gefühlt habe, der ganz leicht verschieblich gewesen sei. Nach etwa $1^1/_2$ Jahren erhielt Patientin Jodtinctur zum Aufpinseln, welche sie ungefähr 14 Tage anwendete. Da das Aufpinseln ihr Schmerzen verursachte und die Hautoberfläche eine schwarze Färbung annahm, setzte sie mit der Jodtinctur aus. Nach einem weiteren Jahre probirte es Patientin mit der Anwendung

von Salpeter; allein die Geschwulst nahm an Grösse zu; auch fingen Schmerzen an sich bemerklich zu machen. Die Haut, welche die Geschwulst deckte, hob sich ab; es kam zur Eiterung, die nach etwa 14 Tagen von selbst sistirte. Die Geschwulst hatte jetzt einen ausgesprochenen knolligen Bau; die Knollen wurden in der letzten Zeit bedenklich grösser, wesshalb Patientin behufs einer Operation in die Poliklinik kam.

An Stelle der rechten Parotis befindet sich ein birngrosser Tumor, an dem sich Einkerbungen deutlich fühlen lassen. Er fühlt sich hart an und ist leicht verschieblich. 31. V. 83. Operation in Narcose. T förmiger Hautschnitt; Freilegung der Geschwulst von allen Seiten; Ausschälung des Tumors mit dem Rasporatorium; Ligatur; Drainrohr; Seidennähte, Listerverband.

5. VI. 83. Verbandwechsel; Entfernung der Suturen und des Drainrohrs; Wundränder reactionslos; trockener Jodoformverband.

5. VI. Borsalbe auf die dünne Narbe. Geheilt entlassen.

Das Präparat zeigt mikroskopisch necrotische Stellen; an anderen Partien finden sich zwischen den Bindegewebsscheidewänden, deren Anordnung nicht so typisch alveolär ist, eingelagerte Rundzellen, die an Grösse die Zellen des eben besprochenen Präparates übertreffen; daneben sieht man in einer schleimigen Intercellularsubstanz die charakteristischen Sternzellen als Zeichen myxomatöser Entartung.

V. Fall. Hauptkrankenbuch Nr. 5159. Jahrgang 1883.

Sarcoma adenoides der Parotis.

Huber Georg, 68 Jahre alt, bemerkte vor etwa 3 Jahren hinter und unter dem rechten Ohrläppchen einen ganz kleinen, erbsengrossen, bald härter, bald weicher sich anzufühlenden Knoten, der sich lange Zeit hindurch nicht vergrösserte; es schien fast, als ob er von selbst wieder verschwinden wollte. Jedoch seit einem Jahre nahm die Geschwulst fast zusehends an Grösse zu, dem Unterkieferaste entlang nach abwärts. Seit drei Monaten hat sie die jetzige Gestalt; besondere Beschwerden hatte Patient nie.

An Stelle der rechten Parotis sitzt eine etwa apfelgrosse Geschwulst, deren grösste Hälfte hinter dem Unterkieferaste liegt; ein kleinerer Theil ist unter dem Musculus sternocleidomastoideus zu palpiren. Sie fühlt sich hart an und zeigt

ganz deutliche, knorpelartige Vorsprünge. Die Geschwulst ist in mässigem Grade verschieblich; neben dem unteren Rande der Geschwulst liegt ein kleiner, nicht damit zusammenhängender, länglichovaler Körper, der sich etwas weicher anfühlt — Lymphdrüse.

10. X. 83. Operation in Chloroformnarcose, wobei Parotis nebst den vergrösserten Lymphdrüsen entfernt werden. Einlage von 2 Drains; Seidennaht.

12. X. 83. Verbandwechsel. Keine entzündliche Reaction seitens der Wunde; Entfernung des unteren Drains. Das schlaffe Herabhängen der rechten Wange und des unteren Augenlides lässt eine Verletzung des Nervus facialis vermuthen.

11. X. 83. Entfernung sämmtlicher Suturen; Wunde vereinigt.

19. X. 83. Patient mit ausgesprochener Facialislähmung geheilt entlassen.

Mikroskopischer Befund:

Von der Tunica propria aus ziehen sich trabekelähnliche Bindegewebszüge in das Innere, wo sie sich zu Alveolen entfalten. Diese Bindegewebsalveolen sind mit Rundzellen, die grösser sind als Lymphkörperchen, und einen deutlichen Kern besitzen, fast vollständig ausgefüllt; in der Mitte einzelner Alveolen deutlicher Beginn des Zerfalls. An anderen Partien sind Rundzellenhaufen in einem starken Bindegewebsstrange isolirt wahrzunehmen, so dass es den Anschein hat, als ob die Zellhaufen die Bindegewebsbalken auseinanderdrängten.

VI. Fall. Hauptkrankenbuch Nr. 2417. Jahrgang 1884.

Myxo-sarcom der Parotis.

Häusler Franziska, 47 Jahre alt, besitzt unterhalb des rechten Ohres eine Geschwulst, deren Entstehung sie in das Jahr 1876 verlegt. Sie suchte Hilfe in Folge der Spannung, welche sich in der über der Geschwulst liegenden Haut allmählig geltend machte. 1879 wurde die Geschwulst von einem Curpfuscher mit Chromsäure geätzt und mit Lauge gewaschen, worauf jedesmal eine Blutung erfolgte. Die Neubildung wurde im Laufe der Zeit immer grösser.

Am 28. IV. 84 wurde sie in die hiesige Poliklinik aufgenommen. Unterhalb des rechten Ohres befindet sich eine wallnussgrosse, längliche Geschwulst, deren hintere Grenze mit dem

hinteren Rande des aufsteigenden Unterkieferastes zusammenfällt. Die Geschwulst fühlt sich hart und höckerig an, ist auf ihrer Basis verschieblich und hat keine Beziehung zur Cutis, welche keine Entzündungserscheinungen zeigt. Die Cutis ist von narbiger Beschaffenheit in Folge der erwähnten Aetzungen.

Am 30. V. 84. Operation in Chloroformnarcose. Hautschnitt dem längsten Durchmesser der Geschwulst entsprechend; Freilegung der Geschwulst von allen Seiten; Herausnahme derselben mit der Hand. Ligaturen, Drainrohr; Vereinigung der Wundränder; Sublimatgazeverband.

3. VI. 84. Verbandwechsel. Keine entzündliche Reaction.

5. VI. 84. Verbandwechsel; Herausnahme des Drainrohrs und Entfernung der Nähte.

10. VI. 84. Patient geheilt entlassen.

Im mikroskopischen Bilde sieht man den Tumor von einer stark entwickelten, hellglänzenden Tunica propria umgeben, welche zahlreiche Spindelzellen nebst Bindegewebskörperchen enthält. Der Tumor selbst zeigt stellenweis reines Schleimgewebe mit gallertartiger Intercellularsubstanz und den sternförmigen, deutlich sichtbaren Zellkernen; die Ausläufer der Zellen sind nicht mehr auffallend wahrnehmbar. Andere Stellen lassen wiederum eine ziemlich starke, gleichmässig vertheilte Infiltration von kleinen Rundzellen erkennen.

VII. Fall. Hauptkrankenbuch Nr. 3611. Jahrgang 1884.

Myxo-sarcom der Parotis.

Schiessl Angela, 39 Jahre alt, wurde angeblich im Jahre 1871 von einer Kuh in der linken Parotisgegend gestossen, worauf sich eine erbsengrosse, schmerzhafte Geschwulst von normaler Haut bedeckt entwickelte. 1875 hatte die Neubildung die Grösse eines Hühnereies. Von einem Curpfuscher mit stark ätzenden Flüssigkeiten behandelt, wurde die Geschwulst immer grösser. Am 18. VI. 84 ging Patientin zu einem Arzte, auf dessen Rath sie in die hiesige Poliklinik kam.

In der linken Parotisgegend eine fast kindskopfgrosse Geschwulst; nach vorne reicht sie bis zum vorderen Masseterrand; nach oben liegt sie in einer Flucht mit der Augenbraue und dem oberen Ohrende, nach hinten dehnt sie sich bis zum Musculus sternocleidomastoideus und nach unten bis über den Unterkieferrand aus. Der Hauptsache nach ist die Gestalt

oval; die Haut darüber zeigt keine Veränderungen; Tumor allseitig verschieblich; beim Betasten völlig schmerzlos und zeigt derbe, knollige Beschaffenheit.

Operation am 23. VI. 84 in Narcose. Hautschnitt circa 12 cm lang in Myrthenblattform. Bloslegung der Geschwulst von allen Seiten; Abhebung des Tumors von seiner Basis mit der Hand. Nach Blutstillung (17 Ligaturen) und Entfernung eines überflüssigen Hautlappens Contrapunction nach hinten behufs Einführung eines Drainrohres. Ein zweites wird am unteren Ende der Wunde selbst eingelegt. Nach Vereinigung der Wundränder (15 Suturen) Sublimatgazeverband.

28. VI. 84. Verbandwechsel. Am unteren Wundrande leichte ödematöse Schwellung. Entfernung von 3 Suturen. Carbolverband.

1. VII. 84. Sämmtliche Suturen entfernt; sehr wenig eitriges Secret. Carbolverband.

3. VII. 84. Kürzung des Drains; sehr wenig Eiter; ödematöse Schwellung verschwunden.

10. VII. 84. Geheilt entlassen.

Das mikroskopische Bild hat mit dem letztbeschriebenen eine sehr grosse Aehnlichkeit, nur dürften die heerdförmigen, rundzelligen, sarcomatösen Wucherungen mehr in den Vordergrund treten, während die Schleimzellen weniger zahlreich vorhanden sind.

VIII. Fall.

Myxo-sarcom der Parotis.

Herr E., 36 Jahre alt, nervöser, sonst gesunder Mann, hereditär nicht belastet. Hühnereigrosser Tumor der rechten Parotis; rundlich, glatt, mit normaler Haut bedeckt, verschiebbar, tiefer als gewöhnlich bis unterhalb des Angulus mandibulae reichend.

24. Oct. 84. Wiederholte Untersuchung (die erste hatte Mitte Mai stattgefunden). Tumor gewachsen; rundlich, höckerig, überhühnereigross, nicht schmerzhaft, unter normaler Haut, aber wenig verschiebbar und hinter dem Kieferwinkel in die Tiefe reichend.

25. X. Operation in Narcose. Halbmondförmiger Hautschnitt über der Geschwulst mit Convexität nach unten und hinten; zahlreiche Ligaturen, Tumor nach seiner Freilegung

völlig ausschälbar; zwei kleine dünne Drains; glatter, fieberloser Verlauf; Heilung per primam reunionem.

3. XI. Zweiter Verbandwechsel, nachdem beim ersten Nähte und Drains entfernt waren. Alles fast verheilt.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergibt, dass derselbe aus einem sehr zellenreichen, schleimigen Gewebe besteht. Die Zellen selbst, theils dichtgedrängt, rundlich, mittelgross, sind in einer sparsamen, durchscheinenden schleimigen Grundsubstanz eingebettet. An anderen Stellen finden sich die Zellen mehr sparsam in Strängen und Zapfen angeordnet, die in der Regel miteinander communiciren, so dass das Bild eines sogenannten Schlauch-Sarcoms zu Tage Tage tritt. Hie und da sieht man an Stelle der rundlichen Zellen auch Spindelzellen und Uebergangsformen zwischen Rund- und Spindelzellen, die ein weiteres Element der Geschwulst bilden.

Anschliessend an diese Krankengeschichten und unter Berücksichtigung der einschläglichen Literatur wollen wir in Folgendem das Verhalten der Parotistumoren im allgemeinen skizziren und wenden uns zunächst zur Besprechung der Aetiologie.

All' jene Schädlichkeiten, welche man für die Entwicklung von Tumoren, speciell der Krebse verantwortlich macht, — so den langjährigen Druck einer Pfeife verbunden mit dem Tabackssaft bei Epithelkrebsen der Unterlippe, den unausgesetzten Genuss von Branntwein bei Krebsen der Zunge und der Kiefer, besonders auch des Oesophagus, der Cardia und des Pylorus, endlich deprimirende Gemüthsaffecte bei Scirrhen der Brustdrüse und des Uterus — sie alle können nicht für die Entstehung von Parotisgeschwülsten verantwortlich gemacht werden; ebenso wenig scheint Erblichkeit eine hervorragende Rolle zu spielen. Vielleicht erklärt die anatomische langdauernden chemischen und mechanischen Insulten weniger ausgesetzte Lage der Parotis das seltenere Auftreten von Neubildungen in ihr. Billroth, welcher im Ganzen über zwölf Geschwülste der Ohrenspeicheldrüse berichtet, gibt an,

dass sich unter den von ihm notirten Fällen einmal eine Neubildung nach abgelaufener Parotitis entwickelt habe. Mit Rücksicht auf die Häufigkeit der epidemischen Parotitis dürften im Anschluss an die Beobachtung von Billroth entzündliche Processe der Parotis vielleicht öfter ein zur Entwicklung von Neubildungen disponirendes Moment abgeben. Unter den von uns mitgetheilten Krankengeschichten ist einmal ein Stoss als Ursache der Geschwulstentwicklung angegeben.

Was die Art der Parotisgeschwülste anlangt, so kommt O. Weber, der die statistische Aufstellung von Bruns benützt und derselben noch eine Anzahl eigener und fremder Beobachtung hinzufügt zu dem Resultat, dass von 96 Fällen die Mehrzahl der Tumoren Carcinome und Enchondrome sind, nämlich 26 Carcinome (?), 10 Epithelialkrebse, 7 Scirrhen, 28 Chondrome, 20 complicirte Fibromyxochondrome, 6 Fibrome, 5 Cystome, 4 melanotische Adenosarcome, 3 Sarcome, 3 Myxome. Billroth, der in seiner Zusammenstellung keine Diagnosen gestellt hat, sondern die einzelnen Gewebselemente der Neubildung beschreibt, sagt: „Fünfmal waren neben andern Geweben Knorpel in den Geschwülsten zu finden, zweimal mit geringem Ansatz zur Verknöcherung, dreimal zeigten sich die Geschwülste als Psensocysten mit breiig weichem, gallertförmigen Gewebsinhalt; einmal kam wirkliche Cystenbildung vor.“

Die mikroskopische Untersuchung unserer Fälle ergab — wobei übrigens bemerkt werden muss, dass von jeder exstirpirten Geschwulst uns nur ein mikroskopisches Object vorlag — 1 Chondrom, 1 Sarcoma adenoides, 3 Rundzellensarcome, 3 Myxosarcome, also 7 Sarcome und 1 Chondrom. Zählen wir zu diesem Resultat noch die sechs von Herrn Prof. Dr. Bollinger in den Jahren 1880—1884 untersuchten Fälle hinzu, nämlich 2 Chondrome, 2 Sarcome, 1 Myxosarcom, 1 Carcinom, so erhalten wir auf 14 Parotisgeschwülste:

10 Sarcome, 3 Chondrome und 1 Carcinom. Dieses Ergebniss steht in einem auffallenden Gegensatze zu dem Resultat von Weber. Während derselbe beinahe die Hälfte der Geschwülste zu den Carcinomen rechnet, konnten wir unter 14 Fällen nur ein einziges constatiren; ferner ergab seine Untersuchung unter 96 Fällen 7 Sarcome, deren wir unter 14 Geschwulsten 10 gefunden haben. Dieses Verhalten lässt sich wohl nur dadurch erklären, dass Weber neben Benutzung ungenauer Statistik noch selbst viele Sarcome für Carcinome gehalten; wie man ja überhaupt in jener Zeit mit dem Ausdruck Carcinom etwas zu freigebig war. Dass nur diesem Umstande die Schuld beizumessen ist, erwähnt auch C. Kaufmann in seiner in Langenbeck's Archiv (l. c.) veröffentlichten Arbeit mit den Worten:

„Das casuistische Material der reinen Sarcome stammt sämmtlich aus den letzten Jahren, aus der Zeit eben, wo man exactere anatomische Diagnosen der Tumoren zu stellen gewohnt ist. Gewiss gehören zahlreiche Fälle aus der älteren Literatur hierher, die als Zellengeschwülste oder Krebse von Bruns und anderen beschrieben sind. Leider vermisst man bei diesen Fällen eine genaue mikroskopische Untersuchung, und es wäre misslich, sie einfach nach klinischen Daten oder nach dem makroskopischen Befunde zu sondern. Meine Casuistik beschränkt sich nur auf die Fälle, welche für die Richtigkeit der Diagnose genügende Garantie bieten."

Von den 15 Tumoren, welche Kaufmann untersuchte, erwiesen sich 14 als Sarcome — ein Resultat, welches sich mit dem unserigen annähernd deckt.

Das häufige Vorkommen von Chondromen sucht Virchow zu erklären, indem er die Vermuthung aufstellt, dass die Enchondrome der Parotis aus fötalen Keimen entstehen, die aus der Anlage des Ohres in die Anlage der Parotis gerathen sind.

Bemerkenswerth ist ferner das auffallend langsame Wachsen der Parotisgeschwülste, welches in einem sonderbaren Contraste zu der äusserst üppigen Zellenproduction in der Neubildung steht. König weist wohl mit Recht darauf hin, dass die Fascia parotideo-masseterica wegen ihrer derben, festen Beschaffenheit der Vergrösserung einer Parotisgeschwulst ungünstige Chancen bietet; sei diese aber erst durchbrochen, so zeige der Tumor dasselbe Wachsthumsbestreben wie Neubildungen ähnlicher Regionen. Selbstverständlich ist das Wachsthum auch abhängig von der Beschaffenheit des Tumors; so gebrauchten von zwei Rundzellensarcomen von der ersten Wahrnehmung eines Knötchens an gerechnet eins 2 Jahre, das andere 5 Jahre, um die Grösse eines Hühnereies zu erlangen. Bei dem dritten Falle unserer Beobachtung (Rundzellensarcom) ist die Zeit des Wachsthums nicht angegeben. Das Sarcoma adenoides erreichte in drei Jahren die Grösse eines Apfels. Von dem Myxosarcomen wuchs eins 8 Jahre und brachte es zur Grösse einer Wallnuss, während von den beiden anderen sich eins in 4 Jahren und das andere gar in 13 Jahren zur Birnengrösse entwickelten. Kaufmann erwähnt eines Myxosarcomes, welches in 45 Jahren Kindskopfgrösse erreichte. Das Chondrom, dessen Neigung zum Wachsen überhaupt ja nicht so bedeutend ist, trug der Patient 18 Jahre. Dasselbe war so gross wie ein Kindskopf. König theilt mit, dass er bei einer Frau zwischen 40—50 Jahren ein über zwanzigjähriges Chondrom operirte, das erst in den letzten Jahren stärker zu wachsen begonnen hatte. Billroth beschreibt einen Fall, in welchem die Geschwulst 23 Jahre wuchs und nicht über die Grösse eines Enteneies gekommen war.

Was das Geschlecht anlangt, so erscheinen die Männer nach Billroth's Tabelle im Ganzen mehr belastet. Allein man muss bedenken, dass die Zahlen viel zu klein sind, um daraus endgiltige Resultate zu gewinnen.

Von Billroth's 12 Fällen kommen 8 Parotisgeschwülste auf das männliche und 4 auf das weibliche Geschlecht. Nach unserer Zusammenstellung ist jedes Geschlecht mit 4 Fällen betheiligt. Professor Bollinger fand 3 Parotistumoren beim weiblichen und 2 beim männlichen Geschlecht. In einem Fall ist das Geschlecht nicht angegeben. Kaufmann fand in 64 Fällen 33 Männer und 31 Frauen mit einem Parotistumor behaftet.

Stellt man die Fälle von Billroth, Kaufmann, sowie die vorliegenden zusammen, so treffen 48 auf das männliche und 41 auf das weibliche Geschlecht.

Von den 13 Tumoren, bei denen das Alter der Patienten bekannt, entwickelten sich

in den Jahren	10—20	1	Sarcome.	
„	20—30	2	Myxo-carcome.	
„	30—40	2	„ „	1 Carcinom.
„	40—50	2	„ „	1 Chondrom.
„	50—60			2 „
„	60—70	2	Sarcome.	

Sieben Mal hatte die Neubildung die linke und sechs Mal die rechte Parotis befallen.

Kaufmann fand unter 29 Fällen 17 mal linksseitigen und 12 mal rechtsseitigen Sitz des Tumors. Ob die Anschauung, dass die häufigere Erkrankung der linken Parotis eine Folge der dort hauptsächlich applicirten Ohrfeigen sei, richtig ist, steht sehr in Frage. Uebrigens sagt Muissen noch: „Die linke Seite ist öfter afficirt als die rechte, was wohl daher rührt, dass die Ohrfeigen auf die linke Seite applicirt werden, da sie gewiss häufig zu diesem schweren Leiden Veranlassung geben".

Das pathologisch-anatomische Verhalten der Geschwülste angehend, so zeigen sie, nach unseren Krankengeschichten zu urtheilen, im Allgemeinen keine näheren Beziehungen zu ihren Nachbarorganen. Einmal heisst es

(Fall VIII) Geschwulst wenig verschiebbar und ein anderes Mal (Fall V) in mässigem Grade beweglich. Es sei hier noch erwähnt, dass man bei Fall V eine vergrösserte Lymphdrüse constatirte, was weder Billroth noch Kaufmann je beobachtet haben. In der Regel ist die Geschwulst knollig und höckerig; selten zeigt sie die isolirte kugelige Form. Die Consistenz ist nach dem Charakter der Neubildung natürlich sehr verschieden, es kommen nicht selten in demselben Tumor neben harten Vorsprüngen und Einschnürungen Stellen vor, die ausgesprochen fluctuirend sind. Durch die starke Spannung der Bindegewebskapsel, welche jede Parotisgeschwulst umgibt, erscheint sie immer viel härter als sie in Wahrheit ist.

Ueber das makroskopische Aussehen einer Parotisgeschwulst auf dem Durchschnitt gibt Billroth eine Beschreibung, die ich desshalb wörtlich wiedergebe, weil wir in unseren Krankengeschichten darüber keine Mittheilungen finden: „Auf dem Durchschnitt erscheinen in der Regel die Geschwülste von hellgelblich-röthlicher Farbe und körnig drüsenähnlichem Gefüge; ein weisser, breiiger Saft lässt sich abstreichen, wenn die Consistenz der Geschwulst nicht gar zu weich ist. Dieselbe kann zuweilen durch hier und dort eingelagerte, ganz weisse oder weisslich-bläuliche Knorpel oder Fasermassen fester und derber werden. Im anderen Falle ist der Inhalt der Geschwulstkapsel so weich, dass beim Aufschneiden derselben ein gallertartiger, körniger, weisser oder bräunlicher, zuweilen grützeähnlicher Brei herausfliesst".

Was die Symptome der Parotistumoren betrifft, so ist im Allgemeinen der Schmerz, den die Neubildung verursacht, auffallend gering. Hat jedoch die Geschwulst eine bedeutende Grösse erreicht, so kann sie nach Bamberger das Oeffnen des Mundes und die freie Bewegung des Unterkiefers hindern. Durch den Druck der Geschwulst auf den Eingang zum Larynx und auf die Halsgefässe können Respirationsbeschwerden und asthmatische Anfälle, ödematöse Anschwellung der Ge-

sichtshälfte und Symptome der Hirnhyperämie verursacht werden. Bei bedeutenderer Compression des Pharynx entstehen Schlingbeschwerden, häufig wird der äussere Gehörgang verengert und dadurch Schwerhörigkeit bedingt; manchmal entsteht durch Druck auf den Nervus facialis motorische Lähmung der entsprechenden Gesichtshälfte.

Der Diagnose auf eine Parotisgeschwulst stellen sich im Allgemeinen erhebliche Schwierigkeiten entgegen. Am leichtesten ist noch die Differentialdiagnose zwischen einer Lymphdrüsengeschwulst, welche über der Fascia parotideomasseterica liegt und einem Neoplasma der Parotis, da erstere sich meist durch ihre rasche Entstehung auszeichnet. Geben aber die innerhalb der Drüse gelegenen Lymphdrüsen zur Entstehung von einem grossen Lymphosarcom Veranlassung, so ist es ganz unmöglich, dasselbe von einem solitären Tumor der Parotis zu unterscheiden, wie der von König mitgetheilte Fall beweist: „Eine über hühnereigrosse, mit der Haut verwachsene, vorn die Parotisgegend vom Jochbogen bis zum Kieferwinkel einnehmende und hinter demselben das Ohr emporhebende Geschwulst hatte Facialislähmung mit erheblichen Schmerzen im Gebiete des Ohres herbeigeführt. Nur der Umstand, dass die Geschwulst sich nicht nach dem Processus mastoid. hin und ebensowenig nach dem Pharynx verbreitete, machte eine Parotisgeschwulst zweifelhaft. Die Exstirpation zeigte ein Lymphosarcom, an dessen Hinterseite die atrophirte Drüse lag". Ferner können zu Täuschungen führen Lipome, welche sich nicht selten auf der Parotis entwickeln. Hamilton theilt einen Fall mit, wo sich ein Lipom innerhalb der Bindegewebskapsel entwickelt hatte. Enchondrome, welche vom Gehörgange aus gehen und über die Parotis hinwegwachsen, können die Diagnose erschweren. Neoplasmen, welche vom Kiefergelenk und Pharynx kommend in das Gewebe der Parotis hineinwuchern, können uns Tumoren der Ohrenspeicheldrüse vortäuschen. Im Allgemeinen kann

man den von König aufgestellten Satz billigen: „Je mehr die Geschwulst den vergrösserten Contouren der Parotis entspricht, um so eher ist sie als eine von der Parotis selbst ausgehende zu betrachten.“ Noch viel weniger wird sich in allen Fällen die bestimmte Diagnose machen lassen, um welche besondere Geschwulstform es sich handelt. Im Allgemeinen lassen sich folgende Normen aufstellen: Geschwülste, welche im höheren Lebensalter auftreten, dürften in der Regel als bösartige Mischformen oder Carcinome aufzufassen sein. Als Carcinome sind sie mit Sicherheit anzusprechen, wenn sie die ganze Drüse befallen, ein verhältnissmässig rasches Wachsthum zeigen, neben der Drüsenanschwellung am Halse noch an der Oberfläche mit der Haut verwachsen sind, oder bereits in Ulceration begriffen sind.

Eine harte, knollige, höckerige Geschwulst wird den Verdacht auf Chondrome erwecken, zumal wenn sie zu ihrer Entwicklung sehr lange Zeit gebrauchte.

Ist die Neubildung weniger höckerig und hart, so ist die Diagnose auf ein Sarcom oder Fibrom erlaubt.

Myxome und Myxo-sarcome werden in der Regel weicher sein.

Ein Cystom wird man, abgesehen von dem Symptom der Fluctuation, durch eine Punction diagnosticiren können.

Die Prognose der Parotisgeschwülste speciell der Sarcome ist sehr günstig, da sie sich vor Sarcomen anderer Regionen durch ihr langsames Wachsthum und äusserst seltene Metastasenbildung auszeichnen. Gewöhnlich tritt nach der Exstirpation bleibende Heilung ein. Recidive sind bald ebenso gutartig wie der primäre Tumor, bald bedingen sie durch enormes Wachsthum den lethalen Ausgang. Noch günstiger sind die umschriebenen, anerkannt gutartigen Geschwülste zu beurtheilen, während Carcinome dieselbe Beurtheilung verdienen dürften, wie Krebse anderer drüsiger Organe.

Zuletzt noch ein Wort über die Therapie der Parotisgeschwülste. Es braucht wohl kaum erwähnt zu

werden, dass die Einreibungen und Einpinselungen mit ätzenden Flüssigkeiten und Salben nur nachtheilig wirken und eine Heilung nur durch die Operation zu erwarten steht.

Cystome hat man nach vorhergehender Punction nicht selten durch Jodinjection zur Heilung gebracht. Ist diese nicht in kurzer Zeit von Erfolg begleitet, so entfernt man sie am besten mit dem Messer.

Diejenigen Geschwulstformen, welche häufig umschrieben bleiben, werden am besten sofort aus der Ohrenspeicheldrüse herausgeschält, da sie nach längerem Bestehen nicht selten Neigung zur Verbreiterung zeigen und die Operation durch die Grösse der Geschwulst nur schwieriger wird. Solche Neubildungen, welche die Gefahr mit sich bringen, örtlich zu recidiviren, müssen nach Anschauung der jetzigen Chirurgie möglichst gründlich sammt der Drüse entfernt werden, weil nur die totale Entfernung alles Krankhaften einen günstigen Ausgang erhoffen lässt. Es kann uns nicht beeinflussen, wenn nach der Operation in Folge von Facialislähmung Wange und Lippe der entsprechenden Gesichtshälfte paralytisch wird oder sich in Folge des herabhängenden unteren Augenlides eine Keratitis entwickelt, welche den Verlust des Sehvermögens mit dem betreffenden Auge befürchten lässt. König lässt wohl mit Recht auch noch in jenen Fällen von Carcinomen eine Partialexstirpation zu, in welchen bei alten Leuten ein harter, langsam sich ausbreitender, grobkörniger Krebs fern von dem Gebiet des Facialis wächst. Hier ist der Vortheil, den man durch Schonung der Gesichtsnerven und des entsprechenden Drüsengebietes erreicht, so sehr gross, dass man mit Berücksichtigung des Alters des zu Operirenden wohl etwas mehr Gefahr des Recidivs bei dieser partiellen Operation riskiren darf. Dahingegen ist für den Fall, dass der Knoten gerade nur den Facialistheil der Drüse ergreift, man also diesen Nerv nicht schonen kann, immer zu rathen, dass man die ganze Drüse entfernt.

Auch sind jene Fälle noch in Erwägung zu ziehen, wo das Neoplasma sich nach dem Pharynx hin verbreitert, zumal wenn es noch mit der Schleimhaut eng verwachsen ist, weil man eine Verbreiterung nach der Carotis interna und der Jugularis interna mit ziemlicher Sicherheit annehmen darf und während der sehr schwierigen Operation gezwungen würde, kranke Theile zurückzulassen, welche zu einem gewöhnlich sehr schnellen Recidiv Veranlassung geben.

Endlich will König eine erheblich verbreitete Drüsenanschwellung als Contraindication angesehen wissen.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Prof. Dr. Bollinger und Herrn Prof. Dr. Helferich für die freundliche Hülfe meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Benützte Literatur:

Billroth, Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen. Virchow's Archiv. Band 17. 1859. Seite 357.

v. Bruns, Handbuch der praktischen Chirurgie. II. Abth. Tübingen 1859.

König, Handbuch der speciellen Chirurgie. Bd. I. Berlin 1881.

Weber, Deutsche Klinik 1867. Seite 249.

C. Kaufmann, Das Parotis-Sarcom. v. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XXVI Heft 3. Berlin 1881.

Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie und Pathogenese. Jena 1882. I. Theil.

Bamberger, Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle. Berlin 1879.

Clementz Heinrich, Ueber das Schleimgewebe in Parotisgeschwülsten. Bonn 1882. Inang.-Dissert.